

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
ANNEE SCOLAIRE 1954-1955 — No 19

Contribution à l'étude de l'Angiomatose de l'intestin grêle

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 NOVEMBRE 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

PAUL CERVONI

né le 31 Janvier 1927

à KESRA (Tunisie)



Contribution
à l'étude de l'Angiomatose
de l'intestin grêle



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553217_0010

**Contribution
à l'étude de l'Angiomatose
de l'intestin grêle**

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 NOVEMBRE 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

PAUL CERVONI

né le 31 Janvier 1927

à KESRA (Tunisie)



FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

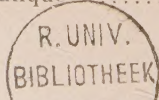
Doyen honoraire	MM.
<i>Doyen</i>	J. LEPINE
Assesseur	H. HERMANN
	J. GATE

Professeurs honoraires

MM. NICOLAS, COLLET CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE,
 PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE,
 MOURIQUAND.

Professeurs

	MM.
Clinique médicale A	FROMENT
Clinique médicale B	P. RAVAUULT
Clinique chirurgicale A	SANTY
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER
Clinique ophtalmologique	BONNET
Clinique oto-rhino-laryngologique	X...
Clinique urologique	CIBERT
Clinique et prophylaxie de la Tuberculose	DUFOURT
Clinique dermatologique et Syphiligraphie	GATE
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale .	DECHAUME
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie	SEDALLIAN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GUILLEMINET
Clinique gynécologique	POLLOSSON
Clinique obstétricale	PIGEAUD
Clinique stomatologique	DUCLOS
Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge .	BERNHEIM
Pharmacie et pharmacologie	LEULIER
Physiologie	HERMANN
Anatomie pathologique	J.-F. MARTIN
Physique biologique, radiologique et physiothérapie	PONTHUS (détaché à Beyrouth)
Médecine du Travail	MAZEL
Parasitologie et pathologie exotique	GARIN
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON
Pathologie générale et expérimentale	JOSSERAND
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DELORE
Anatomie	GABRIELLE
Pathologie interne	CROIZAT
Chimie biologique et médicale	ENSELME
Pathologie chirurgicale	MALLET-GUY
Histologie	NOEL
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL
Médecine légale et déontologie	BOURRET
Thérapeutique	LEVRAT
Hygiène	SOHIER
Biologie médicale	JOURDAN
Propédeutique chirurgicale	BERTRAND
Botanique et cryptogamie	NETIEN
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND



Professeurs titulaires sans chaire

M M.

Obstétrique	BANSSILLON
Pharmacie et pharmacologie	DREVON
Physique biologique	BERGER

Maîtres de conférences — Agrégés

MM.

Parasitologie	COUDERT
Parasitologie	ROMAN
Histologie	X...
Bactériologie	BERTOYE A.
Physiologie	CHATONNET
Physiologie	CIER
Biochimie médicale	CREYSSEL R.

Agrégés en exercice

MM.

Pathologie médicale	BRUN
Pathologie médicale	GIRARD M.
Pathologie médicale	GIRARD P.
Pathologie médicale	JEUNE
Pathologie médicale	VACHON
Pathologie médicale	GALY
Pathologie médicale	GONIN
Pathologie chirurgicale	BERARD
Pathologie chirurgicale	DESJACQUES
Pathologie chirurgicale	LABRY
Pathologie chirurgicale	TRILLAT
Pathologie chirurgicale	DARGENT
Pathologie chirurgicale	MANSUY
Pathologie chirurgicale	GUILLET
Orthopédie	MARION Joseph
Obstétrique	BROCHIER
Obstétrique	MAGNIN
Obstétrique	MATHIEU J.
Anatomie pathologique	GUICHARD
Anatomie	LATARJET
Urologie	PERRIN
Ophthalmologie	PAUFIQUE
Neuro-chirurgie	LECUIRE
Oto-rhino-laryngologie	MAYOUX
Dermato-syphiligraphie	THIERS
Médecine légale et Médecine du Travail	ROCHE

Chargé des fonctions de Maître de conférences agrégé

Hygiène	BENAZET
---------------	---------

Examineurs de la thèse

M. LEVRAT, Président

MM. PEYCELON, GIRARD, VACHON, Assesseurs

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Ma reconnaissance et mon affection.

A MA FEMME

A MA FILLE

Toute ma tendresse.

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

AUX DOCTEURS DIVINE, BEN ZENOU, ROUFFI

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVRAT

Il nous a fait le grand honneur de nous confier ce sujet de thèse. Nous l'en remercions vivement et le prions de croire à notre respectueuse admiration.

A NOS *JUGES* :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. PEYCELON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. GIRARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. VACHON

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. BRETTE

Il nous a dispensé ses conseils pour
l'élaboration de cette thèse.

En témoignage de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL CHAVIALLE
*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes
Commandeur de la Légion d'Honneur*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL PROTAR
*Chef du Service de Radiologie de l'Hôpital Militaire
d'Instruction Des Genettes*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT BOUCHER
*Chef du Service de Pneumo-phtisiologie
de l'Hôpital Militaire Des Genettes*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT GARNUNG
Médecin des Hôpitaux militaires

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT HUSSON
Spécialiste des Hôpitaux Militaires

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT BASTIEN
*Assistant des Hôpitaux Militaires
Directeur des Etudes de l'Ecole de Santé Militaire*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-CAPITAINE SERVANTIE
Assistant des Hôpitaux Militaires

A MONSIEUR LE MÉDECIN-CAPITAINE ROUMAGOUX
Assistant des Hôpitaux Militaires

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

AVANT-PROPOS

Monsieur le Professeur Levrat a bien voulu nous confier un cas d'angiomatose de l'intestin grêle à forme anémique recueilli dans son service de l'Hôpital de Grange-Blanche.

Cette observation a fait l'objet d'une publication récente de MM. Levrat, R. Peycelon, R. Brette, P.-M. Bonnet, à la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (février 1954), et d'une communication à la Société de Chirurgie de Lyon par MM. Peycelon R. et Levrat H. (séance du 1^{er} avril 1954).

Nous nous sommes largement inspiré de la remarquable étude de l'angiomatose digestive faite par Hillemand dans la thèse de Genestoux (Paris 1935).

Notre but n'est pas de reprendre l'étude de l'angiomatose, mais de faire une revue générale de la littérature mondiale concernant la localisation de cette affection sur l'intestin grêle.

Nous avons ainsi recueilli 82 observations d'angiome de l'intestin grêle et nous avons essayé d'entrevoir la conception actuelle de cette curieuse affection.

Pour cela nous nous sommes reporté aux importants travaux de Kaijser et aux publications américaines récentes, particulièrement celles de Hansen.

GÉNÉRALITÉS

L'angiome est une tumeur bénigne d'origine vasculaire. Roussy dans la thèse de Duperrat (Paris 1938) en donne la définition suivante :

« C'est la présence dans un endroit donné d'une quantité anormale de vaisseaux, ou une prolifération conjonctive plus ou moins complexe dans laquelle la différenciation vasculaire a une part prépondérante ».

« Penser angiome c'est penser vaisseaux », aussi ne doit-on pas être surpris de rencontrer ces tumeurs partout où pénètre le tissu vasculaire.

Cette affection que l'on peut voir le plus habituellement au niveau des revêtements cutanés a été décrite dans tous les viscères (foie, rate, poumons, vessie...), au niveau du tissu nerveux central et des méninges, des organes des sens (rétine, labyrinthe...).

Suivant sa localisation dans l'organisme, cette affection peut être externe, et c'est incontestablement le cas le plus fréquent, interne, ou mixte.

Au niveau du tube digestif ces tumeurs peuvent atteindre tous les segments. Si l'angiome est facilement visible aux extrémités (directement dans la cavité buccale, et par le moyen de l'endoscopie dans l'estomac et le recto-sigmoïde), les difficultés commencent lorsqu'il faut le déceler au niveau de l'intestin grêle.

Dans cette revue, seules nous intéressent les localisations sur l'intestin grêle. Nous essayerons, à partir de notre observation personnelle et de celles recueillies dans la littérature, d'en préciser les aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques.

HISTORIQUE

C'est à la faveur de constatations nécropsiques que les premières études d'hémangiome intestinal purent être entreprises.

— En 1855, Kikotanski décrit ces tumeurs polypoïdes formées de tissu érectile, première étape pensait-il, vers une dégénérescence maligne. Quelques années plus tard il insiste sur leur rareté.

— En 1860, Gascoyen décrit un hémangiome du grêle latent chez un individu présentant des angiomes cutanés, de la parotide et du foie.

— Laboulbène, en 1872, apporte le premier cas clinique : une tumeur érectile du duodénum était responsable d'hémorragies intestinales et de douleurs épigastriques chez un homme de 64 ans qui mourut dans un état d'anémie grave.

— Thierfelder, en 1873, parle de télangiectasies intestinales et cite deux cas de malades dont il fit l'autopsie.

— Lilie en 1879, enrichit la littérature de trois cas de phlébectasies du jéjunum (thèse de Bonn).

— Delbet en 1899, présente un cas d'angiome annulaire sténosant, donnant un tableau d'occlusion intestinale.

— Brown en 1923, propose une classification anatomo-clinique.

— R. et A. Bensauade apportent une importante mise au point clinique (1932) et Hillemand inspire la thèse de Genestoux où nous retrouvons à partir de 70 cas une remarquable description de l'angiomatose digestive.

— En 1936, P.-E. Weil étudie le facteur héréditaire et familial des hémangiomes.

— Kaijser, en 1937, présente une importante revue (74 cas dont 8 concernant l'intestin grêle) dans laquelle il propose une classification anatomique dont s'inspirent actuellement la majorité des auteurs. L'angiome est pour lui une dysembryoplasie et il s'attache à en préciser, au niveau du tractus digestif, les modalités du diagnostic radiologique.

— Citons enfin pour terminer les travaux récents américains et particulièrement ceux de Hansen.

ETIOLOGIE

Les angiomes de l'intestin grêle sont extrêmement rares. Les statistiques américaines publiées par Raifort portent sur 986 tumeurs du tractus gastro-intestinal.

- Les tumeurs du grêle : 8,9 % de toutes les tumeurs.
- Les tumeurs bénignes du grêle : 5,07 %.
- Les hémangiomes du grêle :
 - 6 % des tumeurs bénignes de l'intestin grêle,
 - 3,4 % des tumeurs de l'intestin grêle.
 - 0,3 % des tumeurs gastro-intestinales.

La statistique de la Clinique Mayo porte sur 2.168 cas de tumeurs de toute nature du tractus digestif au cours de quinze ans et ne signale que 4 cas d'angiome.

Hillemand dans la thèse de Genestoux constate que sur 70 cas d'angiomatose digestive, les angiomes du grêle représentent 60 % de ceux du tube digestif.

Nous avons pu observer également la relative fréquence des hémangiomes du grêle en regard des autres atteintes du tube digestif. D'autre part la localisation de ces angiomes sur le jéjunum est légèrement prédominante. Nous avons trouvé la proportion suivante :

- Duodénum : 6 cas.
- Jéjunum : 17 cas.
- Iléon : 11 cas.

Dans 16 cas on trouve l'association d'angiomes sur différentes parties du grêle et l'atteinte concomitante du jéjunum et de l'iléon est nettement la plus fréquente.

L'association avec des angiomes des autres parties du tube digestif se voit dans 10 % des cas et particulièrement l'association iléon-colon.

L'association avec les angiomes cutanés, si précieuse pour le diagnostic, est relativement rare :

Genestoux en voit dans 15 % des cas des angiomes digestifs. Nous ne pouvons apporter ici un chiffre valable, car nous n'avons pas le détail de toutes nos observations. Nous ne connaissons en effet que 3 cas certains : dans notre observation personnelle la malade présentait une douzaine d'angiomes cutanés thoraciques, et 2 sur la lèvre inférieure. Le cas de Gascoyen (obs. 70) et de celui de Heycock et Dickinson (obs. 55) sont les deux autres exemples.

L'angiomatose se voit dans les deux sexes, mais, semble-t-il, avec une légère prédilection pour le sexe masculin. Dans notre revue 43 hommes étaient atteints pour 27 femmes (les autres cas ne sont pas précisés).

On signale les angiomes à tout âge, Blahd chez un nourrisson de 2 mois, Michaelson et Sussing de 3 mois et Ackerman chez un vieillard de 81 ans. Cependant il semble que l'on rencontre le plus souvent cette affection dans l'âge moyen de la vie.

Disons tout de suite que, sans pouvoir décrire des formes cliniques particulières à l'âge, on a remarqué que le nourrisson fait plus volontiers des invaginations et l'enfant des syndromes appendiculaires.

Le facteur familial est indéniable pour Kaijser qui retrouve des angiomes chez différents membres d'une même famille. P.-E. Weil affirme que la nature familiale et héréditaire de cette affection ne fait aucun doute et il a pu découvrir des angiomes cutanés chez plusieurs membres d'une même famille, en deux générations. Il précise que, sur le terrain clinique, il n'existe pas de coupure tranchée entre les angiomes congénitaux et d'apparition tardive, et ceux de la maladie héréditaire de Rendu-Osler.

Notre malade ignore l'existence, dans sa famille, d'angiome cutané ou d'affection pouvant faire soupçonner une angiomatose viscérale.

PATHOGÉNIE

La pathogénie est actuellement très discutée.

— Ribbert admet la théorie embryonnaire développée par Cohnheim et considère les angiomes comme des reliquats embryologiques doués d'un potentiel évolutif autonome, sans pour cela qu'ils manifestent fatalement cette tendance à la prolifération.

— Certains auteurs admettent comme incontestable l'existence d'angiomes acquis et sont amenés à faire intervenir le rôle de l'irritation incessante du bol alimentaire sur les parois digestives. Ces traumatismes répétés au niveau de régions très riches en vaisseaux, tels que les orifices naturels, pourraient être responsables de la formation de véritables téléangiectasies et expliqueraient les hémorragies.

— Pour Kaijser il s'agirait le plus souvent de dystrophies vasculaires congénitales. L'insuffisance constitutionnelle de ces capillaires anormaux expliquerait, par leur dilatation sous l'impulsion de la pression sanguine, les modifications de volume de l'angiome. Cet auteur doute de l'autonomie de croissance des angiomes et se refuse à les considérer comme de véritables tumeurs.

Ces arguments sont les suivants :

- Ces angiomes apparaissent dès la naissance : Michalson et Sussing les ont décrits chez des nourrissons.
- Ces angiomes ont des localisations multiples chez un même sujet : le cas présenté par Laboulbène associait des angiomes de la parotide, du grêle et du foie.
- La diffusion du processus est généralement précoce : l'angiomatose généralisée décrite par Helvestine chez un enfant s'était développée dès son plus jeune âge.

- Ces malformations vasculaires sont souvent associées à d'autres dystrophies : Heycok et Dickinson citent le cas d'une fillette de 6 ans qui présentait 6 orteils aux deux pieds, une angiome sous-cutané thoracique très volumineux et une multitude de petits angiomes circonscrits sur l'intestin grêle.
- Les angiomes ont souvent un caractère familial, et Kaijser soupçonne ces angiomes congénitaux à caractère familial qui peuvent apparaître tardivement et avoir une forte tendance hémorragique, d'être très proches, sinon identifiés aux angiomes de la maladie héréditaire de Rendu-Osler, d'autant plus que ceux-ci n'ont pas toujours le caractère hémorragique, et que le facteur héréditaire et familial est souvent absent.

Si la théorie congénitale réunit le plus grand nombre d'adeptes, il ne fait cependant aucun doute, nous dit Hansen, que certains hémangiomes possèdent une croissance autonome et sont de véritables néoplasmes.

PATHOGÉNIE

La pathogénie est actuellement très discutée.

— Ribbert admet la théorie embryonnaire développée par Cohnheim et considère les angiomes comme des reliquats embryologiques doués d'un potentiel évolutif autonome, sans pour cela qu'ils manifestent fatalement cette tendance à la prolifération.

— Certains auteurs admettent comme incontestable l'existence d'angiomes acquis et sont amenés à faire intervenir le rôle de l'irritation incessante du bol alimentaire sur les parois digestives. Ces traumatismes répétés au niveau de régions très riches en vaisseaux, tels que les orifices naturels, pourraient être responsables de la formation de véritables télangiectasies et expliqueraient les hémorragies.

— Pour Kaijser il s'agirait le plus souvent de dystrophies vasculaires congénitales. L'insuffisance constitutionnelle de ces capillaires anormaux expliquerait, par leur dilatation sous l'impulsion de la pression sanguine, les modifications de volume de l'angiome. Cet auteur doute de l'autonomie de croissance des angiomes et se refuse à les considérer comme de véritables tumeurs.

Ces arguments sont les suivants :

- Ces angiomes apparaissent dès la naissance : Michaelson et Sussing les ont décrits chez des nourrissons.
- Ces angiomes ont des localisations multiples chez un même sujet : le cas présenté par Laboulbène associait des angiomes de la parotide, du grêle et du foie.
- La diffusion du processus est généralement précoce : l'angiomatose généralisée décrite par Helvestine chez un enfant s'était développée dès son plus jeune âge.

- Ces malformations vasculaires sont souvent associées à d'autres dystrophies : Heycock et Dickinson citent le cas d'une fillette de 6 ans qui présentait 6 orteils aux deux pieds, une angiome sous-cutané thoracique très volumineux et une multitude de petits angiomes circonscrits sur l'intestin grêle.
- Les angiomes ont souvent un caractère familial, et Kaijser soupçonne ces angiomes congénitaux à caractère familial qui peuvent apparaître tardivement et avoir une forte tendance hémorragique, d'être très proches, sinon identifiés aux angiomes de la maladie héréditaire de Rendu-Osler, d'autant plus que ceux-ci n'ont pas toujours le caractère hémorragique, et que le facteur héréditaire et familial est souvent absent.

Si la théorie congénitale réunit le plus grand nombre d'adeptes, il ne fait cependant aucun doute, nous dit Hansen, que certains hémangiomes possèdent une croissance autonome et sont de véritables néoplasmes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la thèse de Genestoux, Hillemand distingue au niveau du tube digestif deux grandes catégories d'angiomes :

1° *Les angiomes localisés* limités à un segment du tractus digestif tel que le grêle, l'estomac..., et épargnant le reste du tube digestif.

2° *Les angiomes généralisés* à tout le tractus digestif.

I. — *LES ANGIOMES LOCALISES.*

Ils peuvent être circonscrits ou diffus.

— Les angiomes circonscrits apparaissent comme une petite masse bleuâtre ou pourpre soulevant la muqueuse et faisant une saillie plus ou moins importante dans la lumière intestinale. Leur volume peut aller d'une tête d'épingle à une grosse pomme (Landois).

Cette petite tumeur peut être isolée ou multiple, et dans ce cas, les nodosités vasculaires laissent toujours entre elles une partie de muqueuse saine.

— Les angiomes diffus au contraire envahissent la paroi sur une portion pouvant atteindre 30 centimètres (Kaijser) dans laquelle la néo-formation remplace entièrement les éléments de cette paroi. Généralement il s'agit de lésion unique ayant une fâcheuse tendance à envahir circulairement et à épaissir de 3, 4, et même 5 centimètres la paroi intestinale, réalisant ainsi un véritable manchon sténosant, interdisant parfois le passage d'un petit doigt. Ces formes sont, on le conçoit aisément, très favorables à l'apparition d'occlusion ou d'invagination.

II. — *LES ANGIOMES GENERALISES.*

Ils peuvent être disséminés tout le long du tube digestif depuis l'œsophage jusqu'au rectum (obs. 5).

En règle, il s'agit d'angiomes circonscrits.

Suivant leur localisation dans la paroi, les hémangiomes peuvent être, d'autre part, classés en trois catégories :

- 1° les hémangiomes sous-muqueux : 63 % ;
- 2° les hémangiomes sous-séreux : 4 % ;
- 3° les hémangiomes infiltrants : 33 %.

— *Les hémangiomes sous-muqueux* sont de beaucoup les plus fréquents ; dans notre travail qui porte sur 82 cas, 10 ne sont pas précisés, et la proportion d'hémangiomes sous-muqueux s'élève à environ 63 %.

Ces angiomes respectent le plus souvent la muqueuse, et ce n'est que lorsque celle-ci s'ulcère, que les hémorragies intestinales apparaissent.

— *Les hémangiomes sous-séreux* sont rares. Ce sont généralement des angiomes capillaires simples.

Deux des trois cas décrits au niveau de l'intestin grêle (Carbonnel Salazar et Hanke) avaient donné un syndrome abdominal aigu simulant en tous points l'appendicite.

— *Les hémangiomes infiltrants* correspondent le plus souvent aux formes diffuses.

L'angiome issu de la muqueuse ou de la séreuse envahit partiellement ou totalement la musculature et entraîne la dégénérescence des fibres musculaires. Dans le cas décrit par Bochgrevinsk, l'angiome avait envahi toutes les couches de la paroi et sa désinsertion avait amené une perforation du grêle.

Actuellement la majorité des auteurs a adopté la classification anatomique de Kaijser et range les observations d'après le schéma suivant :

- 1° Phlébectasies multiples.
- 2° Hémangiomes caverneux :
 - a) infiltratifs diffus,
 - b) circonscrits, souvent polypoïdes.
- 3° Angiomes capillaires simples.
- 4° Angiomatose.

— *PHLEBECTASIES MULTIPLES* (40 % de nos observations).

Dans ce groupe les lésions apparaissent comme des varicosités toujours multiples formées de nodules noirs, bleus, rouges, variant du volume de la tête d'une épingle

à celui d'un pois, et toujours limitées à une portion de l'intestin. Les auteurs les décrivent généralement comme des réseaux veineux entrelacés, de la couleur du sang veineux.

Dans notre travail, vingt-neuf observations (de 2 à 30) correspondent à ce type de lésion.

Ces phlébectasies sont généralement situées dans la sous-muqueuse et très souvent latentes au point de vue clinique. Sur les 29 cas décrits, 24 furent des découvertes d'autopsie.

— *LES HEMANGIOMES CAVERNEUX, DIFFUS, INFILTRATIFS* (15 %).

Ce sont des angiomes diffus qui se présentent comme des masses vasculaires envahissant la paroi, qui par ce fait devient très épaisse. La lumière intestinale est d'autant plus rétrécie que cette forme a tendance à envahir d'une façon circulaire : ainsi sont réalisés parfois de véritables manchons de 10 à 30 centimètres de long dont la lumière très réduite ne permet pas le passage d'un crayon. Ces masses sont mollasses, fragiles et on trouve quelquefois des phlébolithes dans les espaces caverneux. Sur les 12 cas que nous présentons, 7 envahissent la paroi dans sa totalité, 2 sont limités à la sous-muqueuse et 3 ne sont pas précisés.

— *LES HEMANGIOMES CIRCONSCRITS SOUVENT POLYPOIDES* (22 %).

Ils apparaissent comme des masses lobulées, polykystiques, sessiles, et on a pu les comparer à une mûre, à une framboise (obs. personnelle), mais ils peuvent atteindre le volume d'un œuf de pigeon (obs. 45) et même d'un poing (obs. 58). Laboullène découvre un angiome comparable à une amande et Bloch à une cerise.

Ces tumeurs sont quelquefois pédiculées et peuvent se détacher ; lorsqu'elles sont ulcérées elles provoquent des hémorragies quelquefois minimales, mais qui peuvent être foudroyantes.

Le plus souvent ce sont des lésions uniques : sur les 17 cas que nous rapportons, 15 sont uniques et 2 multiples.

· *LES ANGIOMES CAPILLAIRES SIMPLES* (13 %).

Ces angiomes se présentent comme des tumeurs arrondies, localisées dans la sous-muqueuse ou la sous-séreuse et n'envahissent que très rarement la musculuse : 1 cas sur nos dix observations est de ce dernier type, celui de Blahd. Ces tumeurs ont été comparées à un grain de raisin, à une noix (obs. 69). Elles font saillie dans la lumière intestinale et donnent volontiers des phénomènes occlusifs.

— *L'ANGIOMATOSE* (10 %).

Kaijser réunit dans ce chapitre des cas d'angiomes généralisés à tout un appareil ou à tout l'organisme. L'aspect macroscopique est celui d'une tache bleutée, généralement minuscule, dont la dimension atteint à peine quelques millimètres ; d'autre fois, il peut s'agir de vastes placards qui n'ont aucune tendance à obstruer l'intestin. Exceptionnellement, on a vu ces taches prendre un aspect polypoïde.

HISTOLOGIE

L'examen microscopique d'un angiome permet de constater qu'il s'agit dans tous les cas d'une tumeur capillaire.

Suivant la forme, le calibre, la disposition de ces capillaires, on peut les classer en trois catégories :

1° Les angiomes simples : formés de capillaires sensiblement normaux et séparés par un tissu conjonctif plus ou moins dense.

2° Les angiomes caverneux : dont la structure est comparable à celle des corps érectiles, formés de lacs sanguins, limités par des travées conjonctives.

3° Les angiomes mixtes : où coexistent les deux types histologiques précédents.

I. — *Les angiomes simples.*

Ils sont relativement plus rares que les angiomes caverneux : nous en avons trouvé 8 cas, soit 20 % du total de nos observations.

Ils apparaissent à l'œil nu comme des masses finement lobulées remplies de sang. Au microscope on peut constater que leur calibre est, le plus souvent, plus important que celui des capillaires normaux. D'autre part, il existe fréquemment des diverticules latéraux plus ou moins étendus. Ces capillaires sont généralement flexueux, allongés et groupés en pelotons qui rappellent la disposition des glomérules rénaux. Ils sont séparés par du tissu conjonctif où pénètrent des artérioles et des veinules qui en assurent la circulation. La paroi des capillaires est constituée d'une tunique hyaline à cellules rondes et d'un revêtement endothélial.

L'angiome envahit par la périphérie, et les néo-capillaires qui pénètrent parfois dans la musculuse, font disparaître les fibres musculaires qui s'atrophient progressivement.

II. — *Les angiomes caverneux.*

Les angiomes caverneux représentent la majorité des hémangiomes rencontrés au niveau de l'intestin grêle. Les capillaires y sont dilatés, au point de former de véritables lacs sanguins tapissés par un endothélium formé de cellules aplaties. Ils sont limités par des travées de couleur blanchâtre contenant des veinules, des artérioles et des nerfs. On a pu observer la communication de ces angiomes avec des veines volumineuses dépourvues de valvules, mais généralement la circulation est assurée par des artérioles afférentes et des veines efférentes. Lorsque le sang passe facilement à travers ces capillaires, les angiomes apparaissent comme des masses bosselées, polykystiques et de couleur rouge. Par contre si la circulation est ralentie, l'angiome prend une teinte bleu foncé, ce sont les angiomes veineux.

Ce type d'hémangiome caverneux n'est pas foncièrement différent du précédent et l'on a pu observer des formes de passage entre capillaires simples et formations caverneuses.

L'angiome caverneux peut être le siège de dépôts fibrineux, de thromboses, et parfois même de précipitations calciques : les angiolithes. Exceptionnellement l'angiome peut guérir par transformation fibreuse, cependant l'évolution la plus fréquente est la transformation de l'angiome, kyste à contenu sanguin.

L'angiome peut, par son extension, devenir dangereux ; cependant le grand danger est son ulcération, qui provoque des hémorragies parfois très graves.

Dans tous les cas il s'agit d'une tumeur bénigne ne donnant jamais de métastase. On a parlé cependant de dégénérescence maligne : cas d'angio-sarcome congénital de l'iléon de Stern cité par Ewing. Un autre cas d'hémangio-sarcome décrit par Ackerlund est rapporté par Kaijser.

CLINIQUE

L'étude de l'angiomatose digestive a été remarquablement faite par Hillemand dans la thèse de Genestoux.

Nous voulons simplement signaler ici quelques constatations concernant spécialement la localisation sur l'intestin grêle.

L'angiome du grêle est souvent latent, et c'est à l'autopsie, que les anatomo-pathologistes ont pu découvrir ces curieuses lésions, alors que le malade avait succombé à une affection sans rapport avec l'angiome.

Cependant dans 70 % des cas l'angiome se manifeste par des tableaux cliniques assez variés pour que nous les groupions en des formes cliniques.

Le clinicien est en effet appelé auprès de malades présentant soit une anémie au long cours pouvant faire errer le diagnostic et entraîner des thérapeutiques variées, soit une hémorragie digestive dont la cause restera longtemps obscure, soit une occlusion intestinale aiguë qui l'amènera à poser une indication d'intervention d'urgence, soit un syndrome douloureux épigastrique de type ulcéreux, soit un syndrome appendiculaire typique, soit un syndrome abdominal vague.

Notre étude nous a permis de les classer ainsi :

- Formes latentes : 30 %.
- Formes occlusives : 21 %.
- Formes hémorragiques : 14 %.
- Formes anémiques : 7 %.
- Formes pseudo-ulcéreuses : 6 %.
- Formes pseudo-appendiculaires : 6 %.
- Formes pseudo-néoplasiques : 3 %.
- Syndromes variés : 4 %.

— *L'angiomatose à forme occlusive.*

Cette forme est la plus fréquente, peut-être en raison du faible calibre de l'intestin grêle. Elle se voit particulièrement chez le nourrisson et l'enfant. Michaelson (obs. 40), Sussing (obs. 66) et Blahd (obs. 61) décrivent chez 3 nourrissons des angiomes qui ont présenté le tableau clinique d'une invagination typique.

Au point de vue anatomique il s'agit généralement d'un angiome caverneux diffus, infiltratif (obs. 31, 32, 39 et 42) et le mécanisme de l'occlusion s'explique par l'épaississement considérable de la paroi et par l'envahissement circulaire. La sténose, dans le cas de Roedelius (obs. 32), admettait à peine le passage de l'extrémité de l'auriculaire. Mais les phénomènes occlusifs se voient aussi dans les hémangiomes circonscrits, et dans ce cas, la tumeur souvent polypoïdes fait saillie dans la lumière au point de l'obstruer. Nicoll trouve une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Dans tous les autres types anatomiques nous retrouvons également des cas où existait cette symptomatologie occlusive.

Le début est tantôt brutal et nécessite une intervention rapide (c'est le cas des nourrissons), tantôt précédé de phénomènes de subocclusion s'étageant sur de nombreuses années (10 ans dans le cas de Roedelius). Souvent ce tableau s'accompagne d'hémorragies intestinales (obs. 42).

L'évolution se fait généralement par une série d'épisodes de subocclusion aboutissant à une occlusion aiguë ou à une hémorragie importante.

La gravité du tableau amène dans tous les cas un acte opératoire rapide : une résection intestinale plus ou moins importante, s'il s'agit d'un hémangiome infiltrant, une excision dans le cas d'angiome circonscrit. Sur 15 cas d'occlusion, 9 ont été traités rapidement et ont survécu, 5 sont décédés (dont 2 nourrissons et un enfant de 8 ans, obs. 72).

— *L'angiomatose à forme hémorragique.*

L'hémorragie est le symptôme essentiel de l'angiome intestinal. Il s'agit généralement de sang noir mais quelquefois de glaire sanguinolente. Cette hémorragie présente un danger permanent car elle peut être massive et

foudroyante (obs. 59 : hémorragie foudroyante chez un enfant de 5 ans signalée par Roffo). Cette forme s'intrique souvent avec les autres et c'est ainsi que si l'on trouve 10 cas où les hémorragies étaient isolées, dans de très nombreux cas elles étaient associées à un syndrome douloureux de type ulcéreux, occlusif ou sans caractère particulier.

Il semble également exister dans cette forme des poussées évolutives. Le petit malade de Roffo présentait depuis la naissance des melænas à répétition avec des périodes d'accalmie.

Le pronostic de ces formes hémorragiques semble plus sombre que dans le cas précédent. En effet sur 10 cas, 3 résections seulement ont amené la guérison. Tous les autres malades ont succombé du fait de leur hémorragie.

— *L'angiomatose à forme anémique.*

C'est une forme que nous aurions pu classer avec la précédente puisqu'il s'agit d'une anémie symptomatique d'une hémorragie digestive. Cependant au point de vue clinique ces hémorragies sont loin d'être évidentes et le malade se présente avec un tableau d'anémie pour laquelle le diagnostic peut errer un certain temps. Dans notre observation personnelle cette anémie était intense, évoluant depuis l'enfance par paroxysmes suffisamment importants pour entraîner une dyspnée d'effort, des lipothymies et des vertiges. Notre malade présentait un certain degré d'infantilisme (sa taille était très au-dessous de la moyenne, ses règles n'étaient apparues qu'à l'âge de 30 ans).

Généralement c'est dès le jeune âge (obs. 55) que l'on est amené à proposer une laparatomie exploratrice.

Le pronostic semble excellent dans ces formes puisque les 5 cas publiés ont survécu à une laparatomie suivie de résection.

— *L'angiomatose à forme pseudo-ulcéreuse.*

Dans quelques cas l'association d'un syndrome douloureux épigastrique et d'images radiologiques suspectes ont pu faire poser le diagnostic d'ulcus. En effet ce syndrome douloureux (obs. 10) était tardif, survenant 4 heures après les repas, irradiant dans l'abdomen, et montrait une cer-

taine périodicité. Rankin (obs. 48) avait constaté une déformation caractéristique du bulbe duodénal ; dans ce cas l'angiome était dans le duodénum.

— *Forme pseudo-appendiculaire.*

Le tableau d'appendicite aiguë avec douleur au point de Mac Burney, état subfébrile, nausées et vomissements, a été surtout décrit chez l'enfant. Brown (obs. 33) le signale chez une fillette de 12 ans, Carbonnel Salazar (obs. 63) chez un garçon de 9 ans et Hanke (obs. 64) chez un enfant de 15 ans.

Ces enfants ont survécu à un traitement chirurgical d'urgence sauf la fillette de Brown qui est morte d'une complication.

— *Forme pseudo-néoplasique.*

L'anémie, l'amaigrissement, des hémorragies et la découverte d'une masse abdominale ont pu faire porter le diagnostic de cancer : Schillito (obs. 51), Klein (obs. 50). Chez une femme de 55 ans, Hillemand (obs. 12) a découvert une rigidité de la petite courbure prépylorique, associée à un teint jaune paille et une diarrhée sanguinolente.

A côté de ces formes les auteurs ont décrit des syndromes douloureux abdominaux variés et imprécis.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic des angiomes de l'intestin grêle se fait souvent à l'intervention, surtout lorsque la gravité de l'état du malade impose une décision urgente. Ainsi, on opère une occlusion, un syndrome appendiculaire aigu chez un enfant, une invagination intestinale et on a la surprise de découvrir un angiome de l'intestin grêle. D'autres fois on recherche la cause d'une hémorragie intestinale, on met en œuvre toutes les explorations radiologiques, et si l'état du malade s'aggrave on propose une laparotomie exploratrice.

Parfois on est en présence d'une anémie : les examens hématologiques ne montrent aucun signe d'hémolyse, ni de la série hémorragique ; on trouve souvent des signes de réparation intense (anisocytose, poïkilocytose, réticulocytose). C'est la recherche des hémorragies occultes dans les selles qui permet de rattacher ce cas à celui des hémorragies intestinales.

Ainsi le problème consiste le plus souvent à rattacher une hémorragie intestinale à une étiologie déterminée.

L'endoscopie permet d'éliminer une cause œsophagienne, gastrique ou recto-sigmoïdienne et l'on arrive à penser à l'intestin grêle par exclusion.

La mise en évidence radiologique des angiomes de l'intestin grêle est extrêmement difficile. Nous n'avons pu, même rétrospectivement, retrouver avec certitude chez notre malade la trace d'un angiome gros comme une framboise. Kaijser cependant a publié des cas où les angiomes du grêle étaient visibles radiologiquement et s'objectivaient par une sténose, une lacune ou une échancrure. Il est possible que d'importantes lésions puissent avoir une traduction radiologique, cependant il est probable que des lésions minimes ne puissent être décelées avec les techniques radiologiques actuelles.

Cet auteur insiste également sur la présence de phlébolithes, petites taches opaques, arrondies, stratifiées, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois ou d'un grain de raisin. Ces calcifications se forment, selon lui, aux dépens des lacs sanguins préalablement thrombosés. Il semble d'une part que ces phlébolithes soient assez rares au sein des angiomes (les auteurs n'en ont signalé que 4 cas certains) et d'autre part que leur présence au niveau de l'abdomen est d'observation courante et pose des diagnostics insolubles. Il s'agit tantôt de ganglions mésentériques calcifiés, tantôt d'un calcul vésiculaire ou rénal, tantôt de concrétions calcaires sur un tendon ou un ligament.

Beaucoup plus éloquente et significative est la présence d'angiomes sur le revêtement cutané. Dans notre observation personnelle la présence d'angiomes cutanés thoraciques a permis à M. le Professeur Levrat de soupçonner le diagnostic d'une façon suffisamment précise pour légitimer un acte chirurgical. Cependant cette association demeure très rare et en aucun cas on ne peut éliminer ni abandonner l'hypothèse d'un angiome de l'intestin grêle en l'absence de localisations cutanées.

Le diagnostic différentiel se pose avec les autres tumeurs de l'intestin grêle, beaucoup plus fréquentes que les angiomes.

— Les tumeurs bénignes ou malignes peuvent entraîner une symptomatologie absolument identique à celle des angiomes. M. Levrat a décrit un cas d'épithélioma de l'extrémité supérieure du jéjunum à forme anémique pure.

— Les tumeurs vasculaires : télangectasies familiales et héréditaires de Rendu-Osler pour les auteurs qui les séparent des angiomes.

Nous signalons ici les varices de l'intestin grêle : M. A. Vachon a récemment rapporté un cas d'hémorragies digestives récidivantes par varices de l'intestin grêle sans hypertension portale, mais les parois veineuses dilatées étaient normales.

LE TRAITEMENT

En dehors des cas où l'affection est chirurgicale d'emblée, lorsqu'elle simule une appendicite aiguë ou qu'elle crée un tableau d'occlusion aiguë, le médecin a le plus souvent à traiter une hémorragie intestinale.

Ce traitement est symptomatique et a pour but de réparer la perte sanguine et de réaliser l'hémostase, ceci par les hémostatiques, la transfusion et les excitants de l'hématopoïèse (extraits hépatiques, vitamines B 12, fer).

Le véritable traitement est uniquement chirurgical.

On ne peut en effet penser aux traitements locaux applicables sur la peau ou dans les régions accessibles à l'endoscopie (cryothérapie, électro-coagulation, injections sclérosantes).

Les opérations les plus communément pratiquées sont :

— La résection intestinale, surtout pour les angiomes diffus.

— Les excisions des angiomes circonscrits.

Dans notre observation, 2 résections de 3 et 20 centimètres ont été pratiquées par le Docteur Peycelon à un an d'intervalle. Les excisions peuvent être multiples et c'est ainsi que, Heycoh et Dickinson (obs. 55), découvrant de multiples petits angiomes disséminés sur tout le grêle, de 3 millimètres à 1 centimètre de diamètre, pratiquèrent 16 excisions, et 20 jours plus tard, une résection de 2 portions de 5 centimètres et une nouvelle excision de 7 angiomes. Ils laissèrent quelques angiomes sur le côlon.

Dans les angiomes infiltratifs diffus, les lésions sont parfois étendues et nécessitent de larges résections. Brown (obs. 33) enlève 50 centimètres de grêle à une fillette. Pierson (obs. 34) dut pratiquer 3 résections importantes sur le jéjunum.

Ces actes chirurgicaux ont des résultats très satisfaisants, cependant il existe des angiomes digestifs très étendus, diffus et multiples, qui sont au-dessus de toute thérapeutique.

OBSERVATIONS

Nous présentons les cas cliniques recueillis dans la littérature mondiale suivant la classification anatomoclinique de Kaijser.

Notre observation personnelle que nous présentons en premier pourrait être classée dans la troisième catégorie.

OBSERVATION 1

Mme P... Virginie (obs. n° 8.469) nous est adressée à l'Hôpital de Grange-Blanche, pour anémie grave, par son médecin traitant, le Docteur Rochas, de Bessenay. Cette jeune femme de 39 ans se présente en effet avec l'apparence d'une anémie très grave dont l'examen hématologique révèle l'importance, avec un chiffre de globules rouges à 1.320.000, et un chiffre d'hémoglobine à 13 %, soit une valeur globulaire de 0,48.

A un premier interrogatoire et un premier examen, la cause de cette anémie n'est pas apparente. On apprend seulement que cette malade a présenté des épisodes anémiques à répétition, depuis l'âge de 7 ans, ces épisodes se reproduisant à intervalles plus ou moins espacés, jusqu'à deux fois par an, ils étaient d'importance et de durée variables ; le plus grave à 20 ans s'était prolongé près d'un an entraînant des vertiges et de l'essoufflement d'effort.

Ces épisodes anémiques n'avaient pas empêché cette jeune femme de se marier, d'avoir des triplées, dont deux étaient vivantes ; mais l'anémie remontant à l'enfance explique probablement la très petite taille de la malade, et peut-être l'insuffisance de développement de son système pileux.

Les examens hématologiques ne mettent en évidence aucun signe d'hémolyse, aucun signe de la série hémoragipare.

Par contre, la recherche chimique du sang dans les selles, s'avère positive à plusieurs reprises, et en reprenant l'interrogatoire on fait préciser l'existence probable de mœlenas macroscopiques à plusieurs reprises au cours des poussées anémiques.

Le diagnostic se centre donc sur la recherche de la cause d'une hémorragie digestive, cause qui d'emblée, paraît inhabituelle, puisque les épisodes hémorragiques s'échelonnent de 7 à 39 ans. Les examens radiologiques de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum, du gros intestin sont normaux. La rectosigmoïdoscopie est négative, de même que la gastroscopie.

La recherche du sang étant toujours positive dans les selles, on en arrive par exclusion à penser à son origine au niveau du

grêle ; un transit baryté du grêle est interprété comme normal. (Disons tout de suite qu'en revoyant rétrospectivement les films après l'opération, nous avons discuté l'existence d'une toute petite lacune centrale du grêle visible sur un seul film, image n'entraînant pas la conviction, même après la preuve chirurgicale de la lésion). On découvre alors la présence sur le tronc d'une douzaine de petits angiomes cutanés, la plupart gros comme une tête d'épingle en verre, 3 ou 4 de la dimension d'un petit pois, un seul d'un diamètre de près d'un centimètre ; il existe également deux petits angiomes de la lèvre inférieure, mais la recherche d'angiomes sur les muqueuses de la bouche et des voies aériennes supérieures est négative, ainsi que sur le fond d'œil.

L'association de cette angiomatose cutanée et d'hémorragies digestives graves remontant à l'enfance et dont le point de départ est le grêle, fait envisager comme probable le diagnostic d'angiome du grêle.

Devant la gravité des épisodes anémiques, on décide alors l'intervention chirurgicale, malgré l'absence de preuve positive de la nature et du siège de la lésion hémorragique. La malade qui a eu cinq transfusions, a vu son chiffre globulaire remonter à 3.280.000 et son hémoglobine à 73 %.

Intervention le 9-5-53, Docteur Peycelon.

Laparotomie à cheval sur l'ombilic, l'exploration ne montre rien d'anormal sur le duodénum et l'estomac, ni sur les voies biliaires. On trouve par contre une rate très augmentée de volume et on se demande un moment si cette splénomégalie n'est pas la cause de l'hémorragie. Mais l'exploration minutieuse du grêle fait alors découvrir sur une anse de la portion moyenne du jéjunum, une nodosité du volume d'une bille, nettement perceptible dans la paroi et dans la lumière de l'anse grêle ; la surface pariétale du grêle au niveau de cette tumeur est bleuâtre et d'aspect vasculaire ; il semble donc bien s'agir d'un angiome de l'intestin grêle ainsi qu'on l'avait pensé. Le mésentère est souple, il n'y a pas d'adénopathies. L'exploration attentive de tout le grêle, de l'estomac et du côlon ne montre aucun autre angiome. On pratique la résection de cette anse intestinale sur huit centimètres, suivie du rétablissement de la continuité au bouton de Villard, renforcé par un surjet de lin. Fermeture pariétale. Les suites sont simples.

La pièce opératoire montre extérieurement sur la face latérale du grêle, à 1 cm. de l'insertion mésentérique, une tache noir-bleutée plus apparente quand on soulève la muqueuse, de la dimension d'une pièce de 50 centimes et d'aspect angiomateux très caractéristique. Quand on comprime la face séreuse la lésion n'apparaît plus extérieurement que comme une toute petite ecchymose. Après ouverture de l'intestin on voit sur la face muqueuse une tumeur du volume, aspect et consistance, d'une framboise, mais la coloration est à peine plus foncée que celle de la muqueuse avoisinante (cet aspect est celui de la tumeur exsangue après l'opération ; au cours de l'acte opératoire elle apparaissait

plus volumineuse et plus turgescente). La partie centrale de la tumeur est déprimée, comme cicatricielle. La coupe transversale de la pièce montre une tumeur très hémorragique, occupant toute l'épaisseur de la paroi du grêle jusque sous la séreuse ; l'épaisseur de la coupe est de un centimètre environ.

L'examen histologique (X 3.047) est pratiqué par le Docteur Féroldi et R. Brette : La muqueuse du grêle est normale, à l'exclusion d'une légère infiltration inflammatoire du chorion. Sous la muqueuse, traversant la muscularis mucosæ et développées surtout en dessous d'elle, existent de très nombreuses cavités musculaires remplies de globules rouges, bordées par un endothélium reposant sur une membrane fibro-musculo-élastique assez épaisse avec dégénérescence du tissu élastique dont les fibres perdent leur réfringence, se morcellent et s'œdématisent. Cette formation reste strictement limitée dans le chorion et ne pénètre absolument pas dans la musculature, qui à ce niveau est légèrement amincie. Il s'agit plus d'un angiome caverneux que d'un angiome vrai.

22-2-54. — La malade revient dans le service un après après pour un nouvel épisode anémique, accompagné cette fois de modifications macroscopiques des selles qui sont glaireuses et sanguinolentes.

L'état général de Mme P..., qui n'a jamais été si bon que pendant l'année qui a suivi son intervention, est de nouveau médiocre ; elle se plaint surtout d'asthénie.

Les globules rouges sont au nombre de 2.545.000, l'hémoglobine à 45 % et la valeur globulaire à 0,88.

De nouvelles radiographies intestinales sont normales.

A signaler que l'on sent toujours le pôle inférieur de la rate. Il s'agit probablement d'un nouvel angiome qui saigne.

16-3-54. — Nouvelle intervention pratiquée par le Docteur Peycelon. Laparatomie sur l'ancienne cicatrice : on retrouve nettement la ligne de l'ancienne résection intestinale. Entre cette résection et l'angle duodéno-jéjunal existe encore 30 centimètres d'intestin qui apparaît nettement un peu dilaté et épaissi. Le palper de cette zone fait percevoir en un point une tumeur qui présente exactement les mêmes caractères que celle réséquée il y a un an (masse du volume d'une amande incluse dans la paroi intestinale).

Il s'agit donc manifestement d'une récurrence de l'angiomatose intestinale. On pratique une nouvelle résection de 20 centimètres de jéjunum, à partir d'un point situé à 10 centimètres au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal. Rétablissement de la continuité par suture terminale en trois plans. Suites opératoires simples.

Professeur Levrat : La pièce opératoire montre l'anse grêle de 30 à 40 centimètres de long ; c'est sur l'extrémité la plus haute, par conséquent à 20 ou 30 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal que l'on voit deux angiomes. Le plus gros sur le bord mésentérique apparaît sur la séreuse comme une toute petite tâche ecchymo-

tique. Intérieurement cet angiome apparaît comme une framboise (aspect, volume et consistance) très légèrement saillante parmi les plis intestinaux. A 7 ou 8 centimètres en aval existe un angiome plus petit, non visible de l'extérieur. La partie inférieure de la pièce comprend la cicatrice de l'ancienne intervention. Il n'y a pas d'angiome au niveau de la cicatrice.

Un nouvel examen histologique est indentique à celui de l'année précédente.

I. — PHLEBECTASIES MULTIPLES.

OBSERVATION 2

(Boyer, 1877)

Il s'agit d'un homme de 62 ans, mort de pneumonie et dont les angiomes étaient latents. A l'autopsie, on découvre sur le jéjunum et la partie supérieure de l'iléon, de petits nodules arrondis noirâtres dont le plus grand atteint la taille d'un pois. Ces nodules sont dans la sous-muqueuse et formés de boucles vasculaires ressemblant étrangement aux glomérules rénaux. Les parois vasculaires ne sont apparemment pas altérées.

OBSERVATION 3

(Hektoen, 1900)

C'est le cas d'un malade de 48 ans, décédé d'une endocardite infectieuse. La pièce nécropsique montre, sur le tiers supérieur du grêle, des varicosités soulevant la muqueuse en de nombreux points. Il s'agit de veines anormalement nombreuses et augmentées de volume, avec des dilatations sacciformes et globuleuses. Ces réseaux veineux sont parfois reliés entre eux par des anastomoses et séparés par 1 ou 2 centimètres de muqueuse saine.

OBSERVATION 4

(Mac Callum, 1906)

C'est un homme de 54 ans, alcoolique notoire, dans les antécédents duquel on trouve une pneumonie, des troubles digestifs rattachés à son éthylisme, dont une hématomérose importante. Il entre pour une bronchopneumonie qui lui est fatale. Au niveau du tiers supérieur du grêle on découvre, sur la face péritonéale, des tâches violacées de 7 à 8 millimètres de diamètre; ce sont des nodules isolés, multiples, apparaissant rouges dans la lumière intestinale. On en trouve également une quarantaine sur l'iléon. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'hémangiomes caverneux multiples, localisés dans la sous-muqueuse, et pénétrant parfois dans la musculuse.

OBSERVATION 5

(Bennecke, 1906)

Malade de 52 ans, mort de méningite tuberculeuse. A l'autopsie, on trouve des phlébectasies cavernueuses disséminées depuis l'œsophage jusqu'au rectum, allant du volume d'un grain de mil à celui d'un haricot. La muqueuse est saine, les lésions sont dans la sous-muqueuse.

OBSERVATION 6

(Ohkubo, 1907)

Il s'agit d'angiomes latents chez une femme décédée d'une pneumonie. Dans la sous-muqueuse du jéjunum et de l'iléon existent d'innombrables phlébectasies. Histologiquement ce sont des lacs sanguins séparés par des travées conjonctives.

OBSERVATION 7

(Ohkubo, 1907)

Homme de 79 ans, mort de pneumonie, chez lequel on trouve de nombreux nodules de 0,5 centimètres de diamètre situés dans la sous-muqueuse. La muqueuse n'est pas altérée. La structure est celle d'un hémangiome caverneux.

OBSERVATION 8

(Raiford, 1932)

Il cite le cas d'un homme de 54 ans, mort de bronchopneumonie, chez lequel il découvre par hasard de multiples nodules hémorragiques soulevant la muqueuse du jéjunum et présentant le caractère histologique de phlébectasies cavernueuses.

OBSERVATION 9

(Merchant, 1939)

Autopsie d'un homme de 64 ans, hypertendu, décédé des suites de son affection : dans la sous-muqueuse du jéjunum on découvre d'innombrables petits hémangiomes caverneux. Ces angiomes étaient absolument latents.

OBSERVATION 10

(Brulé, Hillemand, Hamburger, 1934)

Le 5 juin 1934 est hospitalisé à l'Hôpital de Tenon, M. Jean G..., âgé de 65 ans, avec le diagnostic d'hémorragie intestinale abondante.

Les premiers signes remontent à un an. Le malade n'avait aucun passé digestif ; en mars 1933, il est pris soudain de vertiges, de lipothymies, et dans la journée il émet plusieurs selles de sang noir, puis tout rentre dans l'ordre.

En avril 1934 apparaissent des phénomènes douloureux violents, épigastriques, irradiant dans tout l'abdomen, survenant 4 heures après le repas de midi et durant une heure environ.

En mai, le malade signale des mélænas et des hématomèses.

A l'entrée, on trouve une anémie modérée, et, devant le syndrome douloureux tardif et les hémorragies, on fait le diagnostic d'ulcère gastro-duodénal.

Les radiographies montrent un bulbe déformé, mais pas d'image directe d'ulcus. On intervient néanmoins et on découvre un transverse truffé de petites tâches lie de vin, de la dimension d'un grain de mil à une pièce de un franc. Ces lésions sont retrouvées sur le jéjunum. On ne fait pas de gastro-entéro-anastomose et on referme.

De nouvelles radiographies pratiquées sont normales ; des examens hématologiques ne montrent pas de modification de la formule, ni de signe de la série hémorragipare. On ne trouve ni angiome cutané ni angiome des muqueuses bucco-pharyngées ; cependant la rectoscopie montre quatre petits angiomes de l'ampoule rectale.

Revu en septembre 1934, le malade n'avait présenté aucun nouvel accident hémorragique, mais de petites tâches rubis étaient apparues sur le thorax et l'abdomen.

OBSERVATION 11

(Ackerman, 1937)

L'examen nécropsique d'un homme de 64 ans, décédé d'un cancer du larynx, montre de multiples varicosités sur le jéjunum et l'iléon. A l'histologie, il s'agit d'angiomes caverneux situés dans la sous-muqueuse.

A signaler que ce malade n'avait présenté durant sa vie aucun trouble digestif.

OBSERVATION 12

(Bensaude, Hillemand, Genestoux, 1935)

Il s'agit d'une femme de 55 ans, hospitalisée pour une diarrhée sanglante et une grande pâleur.

Devant l'anémie intense (1.500.000), le teint jaune paille, l'amaigrissement important, la diarrhée incoercible, parfois sanguinolente, durant plusieurs mois, on pense à un néoplasme digestif.

L'examen clinique est négatif. Les radiographies gastriques montrent une légère rigidité de la petite courbure prépylorique, et le lavement baryté met en évidence une légère sténose du sigmoïde.

Une laparotomie exploratrice est pratiquée par le Professeur Lecène qui constate que la sténose du sigmoïde est la conséquence d'une compression de celui-ci par un utérus fibromateux.

Cependant il découvre deux petits angiomes pariétaux, du volume d'un grain de chenevis. La malade succombe, et à l'au-

topsie, on trouve au niveau de l'intestin grêle, dans son tiers moyen, une trentaine de petites tâches ecchymotiques, nettement apparentes sous la séreuse, violacées, d'un diamètre maximum de 3 millimètres. On trouve du côté de la muqueuse les mêmes éléments, faisant une saillie légère, mais moins colorés. Au niveau du sigmoïde existent également 3 ou 4 angiomes semblables à ceux du grêle.

La structure histologique est celle d'un angiome caverneux.

OBSERVATION 13

(Dudley, 1934)

Cet auteur présente le cas d'une hémorragie intestinale chez un homme de 56 ans, qui était due à de multiples petites masses bleues et rouges, de 1 à 5 millimètres de diamètre, isolées ou en groupes, disséminées sur le jéjunum et l'iléon, et siégeant dans la sous-muqueuse.

OBSERVATION 14

(De Castello, 1939)

Une femme de 34 ans succombe à une laparotomie exploratrice pratiquée pour des hémorragies intestinales inexplicables. Dans la sous-muqueuse du grêle, on découvre de multiples nodules du volume d'une lentille, très hémorragiques et des lymphangiectasies sur le mésentère.

OBSERVATION 15

(Amundsen, 1938)

A l'autopsie d'un homme de 65 ans, mort d'une pneumonie, on découvre de multiples petits nodules rouges, sur l'œsophage, le grêle et le côlon. L'aspect histologique est celui d'un angiome caverneux. Les lésions prédominent dans la sous-muqueuse, respectent la muqueuse, mais pénètrent dans la musculuse.

OBSERVATION 16

(Hansen, 1947)

La nécropsie d'un malade de 59 ans, succombant à une septicémie par streptocoque hémolytique, et dans les antécédents duquel on ne retrouve aucun passé digestif, révèle la présence dans le grêle de petits nodules ronds, multiples, constitués par des îlots sanguins coagulés, formant de véritables cavernes. Il existe aussi dans la sigmoïde des varicosités en partie thrombosées.

Ces lésions étaient entièrement latentes.

OBSERVATIONS 17 et 18

(Thierfelder, 1873)

L'auteur parle d'association de varicosités et d'angiomes circonscrits du grêle. Il cite deux cas : l'un d'un homme de 45 ans, décédé de variole, l'autre de 48 ans, mort accidentellement. Dans les deux cas, les lésions étaient dans la sous-muqueuse et entièrement muettes au point de vue clinique.

OBSERVATIONS 19, 20, 21 et 22

(Lilie, 1879)

Trois cas de phlébectasies multiples du grêle sont découverts à l'autopsie de malades ayant respectivement 65, 55 et 66 ans et décédés de tuberculose pulmonaire, cancer du colon et broncho-pneumonie. Chez le dernier, il existait aussi des angiomes de l'estomac. Lilie cite aussi le cas d'une femme de 26 ans morte de tuberculose, présentant des tumeurs capillaires et des varices nodulaires du grêle.

OBSERVATION 23

(Orff, 1880)

Dans sa thèse, Orff parle d'un cas d'angiome latent du grêle, chez un homme de 63 ans, mort d'infection. De multiples varicosités existaient aussi sur le côlon.

OBSERVATIONS 24, 25 et 26

(Möller, 1916)

Trois cas de phlébectasies multiples du grêle, entièrement latentes.

OBSERVATION 27

(Schmincke, 1924)

De multiples phlébectasies de la sous-muqueuse sont découvertes au niveau du grêle d'un homme de 52 ans, décédé sans que ces angiomes ne se soient manifestés au cours de sa vie.

OBSERVATIONS 28 et 29

(Stemmler, 1924)

Deux cas d'angiomes du grêle du type phlébectasique : il s'agissait d'hommes de 65 ans et 67 ans, morts d'affection indéterminée et dont on ne sait s'ils ont présenté des troubles digestifs.

OBSERVATION 30

(Köster)

Phlébectasies disséminées en nodules, de la fin du duodénum au milieu de l'iléon. Pas d'histoire clinique.

II. — HEMANGIOMES CAVERNEUX, INFILTRATIFS, DIFFUS.

OBSERVATION 31

(Delbet, 1899)

C'est une femme de 21 ans, qui raconte un long passé digestif de subocclusion et qui présente un amaigrissement important. L'examen montre un abdomen distendu, un péristaltisme très net.

On intervient devant un tableau d'occlusion aiguë (vomissements, arrêt des matières et des gaz). Le grêle est distendu en amont d'une sténose formée par une tumeur vasculaire qui enveloppe l'intestin et fait une saillie de 3 centimètres au dessus de sa surface.

Une résection est pratiquée — mort — pas d'autopsie.

Histologie : angiome caverneux.

OBSERVATION 32

(Roedelius, 1923)

Mme X..., 36 ans, est opérée d'urgence pour une occlusion intestinale aiguë. A deux reprises déjà (10 ans avant, et un an et demi avant), elle avait présenté des manifestations douloureuses abdominales étiquetées appendicite chronique. Son appendice, enlevé à la suite du dernier épisode, était normal.

A l'intervention, on trouve un iléus du jéjunum : le grêle est violacé sur une longueur de 15 centimètres et occupé par un angiome qui rétrécit sa lumière au point de n'admettre que l'extrémité de l'auriculaire. Il s'agissait d'une lésion unique, dont la structure était celle d'un hémangiome caverneux.

Les suites opératoires furent normales et la malade guérit.

OBSERVATION 33

(Brown, 1923)

L'auteur raconte le cas d'une fillette de 12 ans que l'on opère sur le diagnostic d'appendicite aiguë. Elle se plaignait déjà, depuis quelques mois, de troubles intestinaux vagues. A l'intervention, on trouve un intestin grêle distendu par les gaz, une grosse quantité de liquide séro-sanglant dans le Douglas. Bas située, tombée dans le pelvis, on découvre une masse qui donne la sensation d'un varicocèle. On se rend compte qu'il s'agit du grêle, et on résèque 50 centimètres d'intestin. La malade succombe 48 heures après, dans un syndrome de dilatation aiguë post-opératoire.

La tumeur a 25 centimètres de long et a envahi toute la circonférence du grêle. Le doigt ne peut franchir cette sténose. A l'ouverture, il s'agit d'un anneau fibreux très épais, sur le versant muqueux de l'intestin, et composé de gros espaces lacunaires sanguins. A certains endroits on trouve trois phlébolites. L'ensemble est violacé.

OBSERVATION 34

(Pierose, 1940)

Pierose signale le cas d'une femme de 40 ans, opérée pour des hémorragies intestinales, et chez laquelle il fallut pratiquer la résection de 3 portions du jéjunum envahies par un tissu érectile du type caverneux. La paroi intestinale était entièrement infiltrée (muqueuse, musculuse et séreuse).

OBSERVATION 35

(Peyton, 1938)

Un enfant de 15 ans présente une anémie par hémorragie intestinale. Une laparotomie exploratrice permet de découvrir sur le jéjunum un hémangiome infiltrant du type caverneux.

OBSERVATION 36

(Carbonnel, Salazar, 1939)

Résection intestinale chez une fillette de 12 ans, hospitalisée pour des hémorragies intestinales.

La lésion située sur l'iléon mesure 4 centimètres de long ; elle est localisée dans la sous-muqueuse, mais on constate une fissuration de la muqueuse.

OBSERVATION 37

(Landois, 1925)

Cas d'une femme de 25 ans, opérée pour syndrome appendiculaire aigu : ablation d'une tumeur du volume d'une pomme, de couleur bleu foncé, de consistance molle, au niveau de l'iléon.

Histologie : hémangiome caverneux de $8 \times 5 \times 2$ centimètres faisant la circonférence de l'intestin et en obstruant la lumière.

OBSERVATION 38

(Basset, 1930)

Homme de 33 ans, chez lequel on enleva des tumeurs vasculaires infiltrantes au niveau du jéjunum et du duodénum.

Ce malade présentait une tuberculose pulmonaire qui fut très aggravée par des hémorragies intestinales.

OBSERVATION 39

(Moore, Schmeisser, 1934)

Malade de 58 ans, meurt dans un tableau d'occlusion aiguë et d'hémorragie. Une tumeur angiomateuse de 6 centimètres de long obstrue la lumière du duodénum.

OBSERVATION 40

(Michaelsson, 1927)

Chez un nourrisson de 3 mois, on pose le diagnostic d'invagination devant un syndrome occlusif accompagné d'entérorragies.

Il s'agit d'un angiome de 10 centimètres de long, épais de 3 centimètres et obstruant la lumière de l'iléon.

Résection : mort de péritonite.

Histologie : angiome caverneux.

OBSERVATION 41

(Kortzeborn, 1930)

Observation chez un homme de 41 ans, d'un angiome du type capillaire et caverneux, de 8 centimètres de long, sténosant l'iléon et envahissant toute la paroi intestinale.

Ce malade présentait des hémorragies récidivantes depuis des années.

Une résection amena la guérison.

OBSERVATION 42

(Kuhle, 1932)

Jeune homme de 16 ans qui a présenté une série d'épisodes hémorragiques accompagnées quelques fois par un état subocclusif. Tous les examens radiologiques sont négatifs.

On trouve à l'intervention une masse très rouge, molle, de 5×4 centimètres et épaisse de 2 centimètres, réduisant la lumière et située à 1 centimètre du pylore.

Il s'agissait d'un hémangiome caverneux qui guérit par résection.

III. — HEMANGIOMES CAVERNEUX CIRCONSCRITS, SOUVENT POLYPOIDES.

Notre observation personnelle en fait partie.

OBSERVATION 43

(Kaspar)

Enfant de 15 ans ; une laparotomie pratiquée pour entérorragies répétées permit de réséquer une portion du grêle et le diverticule de Meckel et amena la guérison.

Histologie : hémangiome caverneux circonscrit.

OBSERVATION 44

(Kaufman, 1931)

L'auteur cite un cas semblable chez un homme de 62 ans, présentant un hémangiome unique du grêle.

OBSERVATION 45

(Nicoll, 1899)

Une jeune femme de 23 ans est hospitalisée pour douleurs abdominales, hoquet, éructations, vomissements, constipation.

Quinze jours avant, elle avait présenté un épisode semblable, et entre les deux, elle ressentait une douleur épigastrique survenant rapidement après le repas et durant une heure.

A l'intervention : invagination double du grêle, résection de 2 centimètres du grêle. Au dessus de la première invagination, on trouve une tumeur du volume d'un œuf de pigeon.

L'examen histologique montre une structure caverneuse et la présence de deux phlébolites du volume d'un pois-cassé.

OBSERVATION 46

(Helvestine, 1923)

Une mulâtre de 72 ans décéda de bronchopneumonie.

A l'autopsie, on trouva, à 27 centimètres du pylore, sur le jéjunum, une masse pédiculée de $5 \times 5 \times 4$ centimètres, s'attachant à la paroi sur le bord mésentérique. Cette tumeur était bleuâtre et à la palpation on sentit des zones dures, d'autres molles. A l'ouverture, cette masse contenait de petites quantités de matières grumeleuses et des dilatations kystiques remplies de sang. Cette tumeur était encapsulée et respectait la muqueuse et la séreuse.

Au microscope, les espaces sanguins étaient séparés par un tissu conjonctif dense.

OBSERVATION 47

(Merchant, 1939)

Cas d'un hémangiome caverneux polypoïde, de 3 centimètres de diamètre, chez une femme de 67 ans. Cette lésion située dans la sous-muqueuse du jéjunum entraîna la mort de la malade dans un tableau d'occlusion aiguë, alors que celle-ci était en convalescence de cholécystectomie.

OBSERVATION 48

(Rankin, Newel, Judd, 1933)

Femme de 37 ans ayant présenté depuis l'âge de 30 ans quatre hémorragies intestinales assez graves.

La malade est en très bon état général, la radiographie montre un ulcère du bulbe et un peu plus loin, un défaut de remplissage interprété comme un tumeur bénigne.

A l'intervention, on trouve une masse sessile de $4,5 \times 4 \times 1,5$ cm., ulcérée, faisant saillie dans la lumière du duodénum. Duodéno-pylorectomie : guérison.

Il s'agissait d'un hémangiome caverneux.

OBSERVATION 49

(Ackerman, 1937)

Ackerman découvre à l'autopsie d'un homme de 70 ans, décédé d'un cancer, une masse sessile de $2,5 \times 0,5$ centimètres dans le jéjunum.

OBSERVATION 50

(Klein, 1936)

Femme de 40 ans, pour laquelle on avait fait le diagnostic de néoplasme digestif, devant l'existence de douleurs abdominales persistant depuis quelque temps, et d'une masse nettement perçue. On découvre un angiome pourpre de $4 \times 4 \times 4,5$ centimètres.

Histologie : hémangiome caverneux circonscrit envahissant toute la paroi et ulcérant la muqueuse.

Résection : mort par bronchopneumonie post-opératoire.

OBSERVATION 51

(Schillito, 1921)

Homme de 27 ans, hospitalisé pour douleurs abdominales violentes, hémorragies, et chez lequel on découvre une masse abdominale.

Il s'agissait d'un angiome circonscrit caverneux situé sur l'iléon.

La résection amena la guérison.

OBSERVATION 52

(Aresu, 1923)

M. X..., 40 ans, présente depuis quelque temps des phénomènes de subocclusion. Opéré pour un épisode aigu, on découvre un hémangiome caverneux du grêle.

Résection : guérison.

OBSERVATION 53

(Laboulbène, 1872)

Homme de 74 ans, se plaint de constipation, petits mélènas, douleurs épigastriques. On fait le diagnostic d'ulcus du dodénum. Le malade succombe une nuit à une hémorragie foudroyante.

Autopsie : dans le duodénum, au dessous du canal de Wirsung, présence d'une petite tumeur grosse comme une amande, longue de 4 centimètres, dirigée suivant l'axe de l'intestin.

Histologie : hémangiome caverneux circonscrit.

OBSERVATION 54

(Stratton, 1949)

E. L..., 22 ans, race blanche, entré à l'hôpital U.S. Navy de Californie avec un syndrome abdominal aigu : nausées, vomissements, durant depuis quinze heures, entrecoupés d'épisodes de

rémission et d'exacerbation. Cette douleur était péri-ombilicale avec irradiations dans tout l'abdomen.

L'état s'aggrave ; on découvre dans le cadran inférieur gauche de l'abdomen, une masse palpable de 10×12 centimètres, mobile, dure, mate. Le toucher rectal permettait de la sentir et le doigt ne retirait pas de sang.

On fit le diagnostic d'occlusion intestinale par bride en raison d'une appendicectomie pratiquée quatre ans auparavant. D'ailleurs le malade signalait avoir eu déjà un épisode douloureux identique, cédant sans thérapeutique.

A l'intervention : tumeur vasculaire faisant saillie dans l'iléon.

Résection : guérison.

Histologie : angiome caverneux.

OBSERVATION 55

(Heycock, Dickinson, 1951)

Fillette de 6 ans, entre le 6 avril 1950 pour « crise de pâleur ». A un mois l'enfant présentait une tumeur sur la paroi gauche du thorax, ressemblant à un kyste de 1 centimètre de diamètre. La peau autour était normale. Cette tumeur grossit jusqu'à mesurer 5 centimètres de diamètre. On tenta une ablation, et on se rendit compte que c'était un hémangiome. L'hémorragie gênant, on ne fit qu'une excision partielle. A trois ans, la mère constate que l'enfant est pâle ; elle a une anémie importante et une VG = 0,33. Des extraits hépatiques amènent la VG à 0,80.

A cette époque apparaît une tumeur près de la colonne vertébrale.

A 4 ans, des séances de radiothérapie et des injections sclérosantes font disparaître la tumeur dorsale, mais pas celle du thorax. Depuis cette époque, la mère signale de nombreux épisodes de pâleur.

A l'examen : malade pâle, foie augmenté de deux travers de doigt, rate perçue, GR = 2.110.000 ; VG = 37 % ; Hématocrite = 20 % ; Réticulocyte = 20 % ; Résistance globulaire normale. Test de Combs négatif.

Donc la malade se présente comme une anémie. Celle-ci s'aggrave, et la main forcée, on pratique une laparotomie exploratrice. On trouve de multiples petits hémangiomes disséminés sur tout le grêle, de 3 millimètres à 1 centimètre de diamètre, de couleur noire, bleue, localisés dans la sous-muqueuse. On fit 16 excisions qui enlevèrent 19 hémangiomes.

Une deuxième opération, 20 jours après, permit l'ablation de 7 angiomes et la résection de deux portions de 5 centimètres de l'intestin grêle. On laisse sur le colon quelques angiomes.

OBSERVATION 56

(Bloch)

Mlle C..., 19 ans, se présente comme une anémie.

À sept ans, elle fit une hémorragie buccale importante par morsure d'une petite tumeur vasculaire sous la langue.

Actuellement : hémorragies occultes dans les selles.

Une intervention montre une petite tumeur ressemblant à une cerise, située à 4 centimètres du pylore.

Histologie : hémangiome caverneux circonscrit du duodénum. Quelques lacs sanguins sont thrombosés, d'autres calcifiés (angio-lithe).

OBSERVATION 57

(Bruning)

Jeune fille de 17 ans, traitée pour ulcère gastrique depuis 2 ans. Depuis deux jours : hématomèse de sang rouge. La radiographie ne montre pas d'ulcère, mais une petite image diverticulaire.

Intervention : hémangiome caverneux du duodénum.

OBSERVATION 58

(Bochgrevinsk)

Homme de 29 ans, présentant depuis 20 ans des hémorragies intestinales inexplicables. Brusquement il présente un syndrome péritonéal avec contracture.

On intervient : liquide séro-sanguinolent dans le péritoine. Sur le grêle existe une masse violacée, pédiculée, grosse comme un poing, dont le pédicule s'insère à la face mésentérique de l'iléon. Cette masse est détachée et le grêle est déchiré.

Résection — Mort.

Autopsie : angiomes caverneux multiples du grêle et du côlon.

Histologie : hémangiome caverneux et capillaire.

OBSERVATION 59

(Roffo)

Cas observé, mais non publié, d'un enfant de 5 ans présentant des mélènas à répétition depuis la naissance.

Mort par hémorragie foudroyante.

Autopsie : angiomes généralisés circonscrits multiples prédominant sur le grêle et le côlon.

IV. — HEMANGIOMES CAPILLAIRES SIMPLES.

OBSERVATION 60

(Oberdorfert, 1929)

Malade de 43 ans. Aucun signe clinique. Porteur d'un hémangiome capillaire simple.

OBSERVATION 61

(Blaht, Mashke, Karsner, 1923)

Nourrisson de deux mois, opéré pour syndrome occlusif typique.
A l'intervention : tumeur dans l'iléon à 18 centimètres de la valvule de Bauhin. Iléostomie : mort le lendemain.

A l'autopsie : tumeur à 30 centimètres de la valvule, de 3 millimètres de diamètre, avec amorce d'invagination.

Histologie : la tumeur infiltre toute la paroi, ne respectant que la muqueuse. Elle est faite de lobules dans lesquels les capillaires sont disposés en tourbillon. Les fibres musculaires ont presque complètement disparu.

OBSERVATION 62

(Raiford, 1932)

Homme de 60 ans, présente un tableau clinique d'occlusion avec hémorragies intestinales.

A l'intervention : hémangiome simple capillaire, pédiculé.

OBSERVATION 63

(Carbonnel Salazar, 1939)

Garçon de 9 ans ; hémangiome capillaire simple donnant un tableau d'appendicite aiguë.

Lésion unique localisée sur l'iléon.

OBSERVATION 64

(Hanke, 1936)

Garçon de 15 ans, diagnostic d'appendicite.

Extirpation d'un hémangiome capillaire simple de l'iléon situé dans la sous-séreuse.

OBSERVATION 65

(Carman, 1921)

Femme de 22 ans, présente des vomissements, puis un syndrome occlusif.

Opération : hémangiome capillaire simple dans la sous-muqueuse du duodénum. L'excision amène la guérison.

OBSERVATION 66

(Sussing, 1923)

Nourrisson fille de 3 mois, tableau d'invagination.

Réssection d'un hémangiome capillaire simple de l'iléon : guérison.

OBSERVATION 67

(Hansen, 1947)

Femme de 56 ans, opérée pour occlusion aiguë.

Résection d'un hémangiome capillaire simple du jéjunum : guérison.

OBSERVATION 68

(John Hopkins Hospital)

Homme de 60 ans, constipation, anorexie, amaigrissement, vomissements tardifs.

Excision d'un angiome capillaire simple remplissant une partie de la cavité iléale.

OBSERVATION 69

(Petroschefkaja)

Homme de 60 ans bien portant, est pris brusquement d'une vive douleur abdominale ; puis apparaissent tous les signes d'une occlusion.

A l'intervention : volvulus du grêle à l'intérieur duquel existe un angiome gros comme une noix.

Résection : mort.

Aucun examen anatomique ni histologique.

V. — ANGIOMATOSE.

OBSERVATION 70

(Gascoyen, 1860)

Homme de 44 ans, mort d'asphyxie.

Depuis sa naissance, il présentait un angiome parotidien et de nombreux angiomes cutanés.

Autopsie : hémangiome capillaire dans la sous-muqueuse du grêle faisant saillie dans la lumière intestinale.

A travers le revêtement péritonéal, on a l'aspect d'un nævus.

OBSERVATION 71

(Raiford, 1932)

Jeune fille de 19 ans, opérée pour hémorragie intestinale.

On trouve une tumeur duodénale composée de sinus sanguins et entourée de tissu conjonctif hypertrophique.

OBSERVATION 72

(Merchant, 1939)

Cas d'un enfant de 8 ans, opéré dans un tableau d'occlusion aiguë provoqué par un hémangiome caverneux du grêle.

Une laparotomie montre des lésions gangréneuses avancées : mort.

OBSERVATION 73

(Ackerman, 1937)

Homme de 81 ans, présente des hémorragies intestinales.

Intervention : hémangiome caverneux sur le duodénum, le jéjunum et l'iléon — mort par hémorragie péritonéale.

OBSERVATION 74

(Mac Clure-Ellis, 1930)

Mme C..., 30 ans, se présente comme une anémie grave.

Depuis 10 ans, elle constate que ses selles sont très noires, qu'elle a une tendance hémorragique marquée (hématome au moindre choc, souvent hématuries). Elle est traitée pour anémie trainante depuis l'enfance. Sur tout le corps on trouve, disséminées, des tumeurs vasculaires allant jusqu'à 1,5 centimètre de diamètre, de couleur rougeâtre. Les unes contenaient du sang venant à la seringue, les autres thrombosées, quelquefois calcifiées.

Les radiographies sont normales, de même que la rectoscopie.

On hésite entre le diagnostic d'ulcus ou d'angiome.

A l'intervention, on trouve des tumeurs donnant l'apparence de mûres, sous le foie, dans l'estomac, le duodénum. Dans le jéjunum, on découvre 8 petits angiomes de 2 millimètres à 1,5 centimètre, saillantes, ovalaires, parfois pédiculées. Au niveau de l'iléon existe aussi quelques hémangiomes.

La malade meurt quelques mois plus tard d'hémorragie intestinale.

OBSERVATION 75

(Schuster, 1937)

Chez une femme de 62 ans, morte d'insuffisance cardiaque, on découvre un hémangiome duodénal responsable de petites hémorragies intestinales.

OBSERVATION 76

(Hansen, 1947)

Femme de 66 ans, morte d'un fibrosarcome du corps thyroïde. Hémangiome latent du jéjunum du type caverneux.

Dans un dernier groupe nous réunissons quelques observations pour lesquelles nous n'avons aucun renseignement clinique ni anatomique.

OBSERVATION 77

(Blank, 1908)

Fille de 4 ans : hémangiome caverneux du grêle.

OBSERVATION 78

(Polayes Nevius, 1945)

Un cas d'hémangiome du grêle.

OBSERVATION 79

(Cox J.M., 1949)

Cavernôme de l'iléon.

OBSERVATION 80

(C.C. Guy, H.F. Cooper)

Un cas d'hémangiome solitaire du grêle.

OBSERVATION 81

(D.B. Butler, J.H. Tillisch, J.T. Priestley, 1951)

Un cas d'angiome caverneux du jéjunum.

OBSERVATION 82

(P.P. Rickhman, 1952)

Un cas d'hémangiome du grêle.

CONCLUSIONS

L'angiomatose est d'une extrême rareté au niveau du tube digestif, cependant sa localisation sur le grêle est la plus fréquente.

L'angiome est une tumeur bénigne, vraisemblablement dysembryoplasique.

Au point de vue anatomique, il peut se limiter au grêle, atteindre les autres segments du tube digestif, ou tout l'organisme. Les auteurs adoptent dans l'ensemble la classification anatomoclinique de Kaijser qui les range en 5 catégories :

- Les phlébectasies multiples.
- Les angiomes caverneux, diffus ou circonscrits.
- L'angiome capillaire simple.
- L'angiomatose généralisée.

Suivant leur localisation dans la paroi intestinale, ces angiomes sont :

- Sous-muqueux — Sous-séreux — Infiltrants.

Histologiquement il s'agit toujours d'une tumeur capillaire simple ou caverneuse.

Latents dans 30 % des cas, ces angiomes peuvent se manifester cliniquement comme :

- Une occlusion intestinale aiguë ;
- Une hémorragie intestinale ;
- Une anémie.

Le diagnostic de l'angiomatose du grêle est d'autant plus délicat que celui-ci est inaccessible à l'endoscopie, que la radiologie n'est pas démonstrative et que les angiomes cutanés associés sont très rares.

L'hémorragie représente un danger perpétuel et non négligeable.

La thérapeutique essentiellement chirurgicale est le plus souvent très efficace.

Vu, le Doyen,
H. HERMANN

Le Président de la Thèse :
M. le Professeur M. LEVRAT

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 10 Novembre 1954

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université
André ALLIX,

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- ACKERMAN L.-V. — Cavernous hemangiomata of small and large bowel. *Am. J. Cancer*, 30 : 753-759, 1937.
- AMUNDSEN P. — Hemangiomes multiples du tractus intestinal ; 1 cas. *Norsk. Mag. f. laegevidensk.*, 99 : 278-281, mars 1938.
- ARESU M. — Hemartroma of intestine. *Arch. Ital. di chir.*, 8 : 529-540, 1923.
- BALFOUR and HENDERSON. — Benign tumor of the duodenum. *Am. Surg.*, 89 : 30-35, 1929.
- BASSET G.-O. — Fatal hemorrhage from intestinal varix. *U.S. Vet. Bur. M. Bull.*, 6 : 886-887, 1930.
- BENNECKE. — Uber Kavernöse Phlebectasien des Verdauungs Tractus. *Virch. arch.*, t. 184, p. 171, 1906.
- BENSAUDE. — Maladies de l'intestin, t. III.
- BENSAUDE, HILLEMAND, GENESTOUX. — Un nouveau cas d'angiomes circonscrits du tractus digestif. *Soc. de Gastro-entérol.*, séance du 12 nov. 1934.
- BLAHD. — Angiome digestif chez un nourrisson. *Amer. J. Dis. Child.*, t. 24, p. 379, 1923.
- BLANK. — Diss Kiel, cited by Kaijser, 1908.
- BLOCH. — Hemangioma of the intestine. *Transat. Chicago Path. Soc.*, t. 12, p. 84-90, 1923-1924.
- BOCHGREVINSK. — Angiomes intestinaux cause de péritonite. *Revue médicale d'Odessa*, t. 17, 1901.
- BOYER. — Varices artérielles du grêle. *Bull. soc. anat. Paris*, 4^e série, t. 2, p. 238, 1877.
- BROWN. — *Am. J. Surg. Gynec. Obst.*, t. 39, p. 191, 1924.
- BROW J.-B., FRYER M.-P. — Treatment of haemangiomas. *A.M.A. Archives of Surgery Chicago*, 1952.
- BROW D.-C., Mac HARDY G. — *Gastroentérologie*, 8 : 665, mai 1947.
- BRULÉ, HILLEMAND, GENESTOUX. — Les angiomes du tube digestif. *Presse Médicale*, 44 : 652-654, 1936.
- BRULÉ, HILLEMAND, HAMBURGER. — Un cas d'angiome circonscrit multiple du tube digestif. *Arch. des Mal. de l'App. digestif*, 24 : 1078-1084, 1934.
- BUIE, SWAN. — Angiomes digestifs. *Surg. Clinics N. America*, Vol. 9, p. 893-903, 1926.
- BUTLER D.-B., TILLISCH J.-H., PRIESTLY J.-T. — Cavernous heman-gioma of jejunum : case. *S. Clin. North America*, 31 : 1235-1239, 1951.
- CARMAN. — *Am. J. of Roentgen*, t. 8, p. 471, 1921.

- CARBONNEL SALAZAR A. — Hemangioma of small intestine. *Bol. Soc. Cubana de Pediat.*, 11 : 237-244, mai 1939.
- CHRISTOPHER F. — Hemangioma of ileum. *Ann. Surg.*, 116 : 945-947, déc. 1942.
- CIOFFARI A. — Angiomatosis ; nosographic study. *Gior. Clin. Med.*, 31 : 783-839, 1950.
- CORNIL, RAVIER. — Histologie Pathologique, t. 1, 1902.
- COX J.-M. — Cavernous hemangioma (cavernoma) of ileum. *M. Arts et Sc.*, 3 : 19-20, 1949.
- DECASTELO A. — Angiomatous telangiectasis of mucosa of small intestine associated with cystic lymphangectasis as cause of fatal intestinal hemorrhage. *Med. Klin.*, 35 : 1.282-1.284, 1939.
- DELBET. — Un cas d'angiome intestinal. *Paris Chirurgie*, 1899.
- DUDLEY H.-D. — Vascular tumors (hemangiomas) of small intestine with symptoms simulating peptic ulcer. *S. Clin. North America*, 14 : 1.331-1.337, 1934.
- DUNN. — Radiodiagnostic des hemangiomes. *Ann. Surg.*, t. 82, n° 4, p. 880, oct. 1925.
- EUSTERMAN, SANTY. — *Journal de Chirurgie*, t. 43, n° 3, 1934.
- EWING J. — Neoplastic diseases, Ed 4 Philadelphia. W.B. saunders compagny, 249-261, 1941.
- FISCHER, ZIELER. — Pathologie des angiomes. *Lubarsch ostertags ergebn*, t. 10, 1904-1905.
- FISKE F.-A. — Intussusception due to intestinal tumors. *Ann. Surg.*, 106 : 221-229, 1937.
- FRASER J. — Haemangioma group of endothelioblastoma. *British J. of Surgery*, vol. 7, p. 335, 1929-1930.
- GASCOYEN. — *Trans. Path. Soc. London*, vol. 2, p. 267, 1859-1860.
- GESCHICKTER C.-F., KEASBEY L.-E. — *Am. J. Cancer*, 23 : 568, 1935.
- GLADDEN J.-R. — *Am. J. Surg.*, 56 : 495, 1942.
- GOODALL H.-W. — Chronic intussusception in the adult. *Boston M. and S.J.*, 162 : 445-452 et 491-499, 1910.
- GUTMANN. — Soc. de Gastroentérol. Séance du 12 nov. 1934.
- GUTMANN, LAVAL, SCHLUMBERGER. — Hémorragies digestives chez un angiomeux. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 8 fév. 1932.
- GUY C.-C., COOPER H.-F. — Solitary hemangioma of small intestine ; abstract of literature and report of case. *Surgery*, 27 : 293-299, fév. 1950.
- HANKE H. — Hemangiomatosis of intestine. *Deutsche Ztrchr. F. Cir.*, 248 : 52-54, 1936.

- HANSEN P.-S. — Hemangioma of small intestine with special reference to intussusception ; review of literature and report of 3 new cases. *Am. J. Clin. Path.*, 18 : 14-42, janv. 1948.
- HEKTOEN. — *Trans. Chicago Path. Soc.*, t. 3, p. 192, 1900.
- HENCK E.-A., LISA J.-R. — Hemangioma of the small intestine. *Review of Gastroenterology New-York*, 19 : 723-725, 1952.
- HELVELSTINE. — *Ann. Surg.*, t. 78, p. 42, 1923.
- HEYCOCK J.-B., DICKINSON P.-H. — Hemangiomata of the intestine. *Brit. M.J.*, 1 : 620-621, 24 mars 1951.
- HOLTERDÖRF. — Über multiple kavernöse phlebectasien des darmes. *Thèse Bonn*, 1911.
- HUNT V.-C. — *Surgery*, 10 : 651, 1941.
- JOYCE T.-M. — Tumors of the small intestine. *Ann. Surg.*, 100 : 949-959, 1934.
- JUDD, RANKIN. — Hemangiomas of gastro intestinal tract. *Ann. Surg. Philadelphie*, t. 76, p. 28, 1922.
- JUDD. — Hemangioma of duodenum. *Surg. Clin. North America*, t. 9, p. 6, fév. 1929.
- KAIJSER R. — Hemangioma of gastro intestinal tract. *Arch. f. Klin. Chir.*, 187 : 351-358, 1936.
- Diagnosis of cavernous hemangioma of gastro intestinal canal. *Nord. Med. Tidskr.*, 12 : 1.199-1.203, 1936.
- Therapy of hemangioma. *Nederl. Tidschr. V. Geneesk.*, 81 : 566-570, 1937.
- Diagnosis of cavernous hemangioma of digestive canal. *Acta Radiologica*, 22 : 665-686, 1941.
- KHOO F.-Y. — Calcification in angiomata (Phlebolith). *Chinese M.J.*, 53 : 125-140, fév. 1938.
- KLEIN F. — Cavernous hemangioma of the small intestine ; case. *Centralb. F. Allg. Path. U. Path. Anat.*, 64 : 292-295, 29 fév. 1936.
- Solitary hemangioma of appendix ; case. *Casop. Lek. Cesk.*, 75 : 275-276, 28 fév. 1936.
- KORTZEBORN A. — Hämangiom des dünn darmes. *Zentralb. f. Chir.*, 57 : 1.042-1.048, 1930.
- KOSTER. — Phlebectasien des darmtractus. *Beil. Klin. Wochensch.*, 1919.
- KUHLE. — Angiome solitaire du grêle. *Virchows. Arch.*, t. 287, p. 527, 1932.
- LABOULBÈNE. — Notes sur les tumeurs érectiles du grêle. *Bull. Acad. Méd. Paris*, 2^e série, t. 1, p. 462, 1872.
- LAMMERS. — *Thèse Greifswald*, 1893.
- LANDOIS. — Hemangioma cavernosum des dünn darmes. *Best. Klin. Chir.*, t. 133, p. 684, 1925.

- LARKIN A.-J. — Cavernous hemangioma ; radium treatment. *Illinois M.J.*, t. 69, p. 175-177, fév. 1936.
- LAZARUS J.-A., MARKS M.-S. — Benign intestinal tumor of vascular origin. *Surgery*, 22 : 766-779, nov. 1947.
- LEGRAND R., LINQUINTE M., GOUEMAND M., WAROT P. — Anémie chronique au cours d'une maladie de Rendu-Osler à localisation digestive, t. 43, 78 : 872-875, juillet-août 1954.
- LEVRAT M., BRETTE R., SARANO J. — Epithélioma de l'extrémité supérieure du jéjunum à forme anémique pure, p. 644. *Soc. de Gastro-entérologie*, séance du 7 juin 1948.
- LEVRAT M., PEYCELON R., BRETTE R., BONNET P.-M. — Angiome de l'intestin grêle à forme anémique. *Arch. des mal. de l'app. digestif*, t. 43 : p. 225-227, février 1954.
- LILIE. — *Thèse Bonn*, 1879.
- LONGUET. — *Progrès médical*, t. 8, p. 137, 1898.
- MARSH. — *Lancet*, t. 1, p. 639, 1883.
- Mac CALLUM. — Multiple cavernous angiomas of the intestine. *John Hopkins Hosp. Bull.* t. 17, 1906.
- Mac CLURE, ELLIS. — Hemangiomas of intestine. *Am. J. Surg.*, t. 10, p. 241, nov. 1930.
- MATUKURA K. — Histopathology of vascular tumors. *Gann*, 34 : 124-127, Japanese, juin 1940.
- MARINELLI M. — Multiple angiomas ; case. *Semana Medic.*, 1.668-1.674, 1935.
- MERCHANT F.-T. — Intussusception due to hemangioma of jejunum. *Arc. Surg.*, 39 : 1.031-1.040, déc. 1939.
- MICHAELSSON. — Angiome caverneux de l'iléon simulant l'invagination chez un nourrisson de 3 mois. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 61 : 570, 1927.
- MOLLER. — *Virchow Arch. f. Path. Anat.*, 10 : 223, 1916.
- MONOD. — Contribution à l'étude des angiomes. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 43 : 531, 1873.
- MOORE R.-M., SCHMEISSER H.-C. — Benign tumors of the small intestine. *South M. J.*, 27 : 386-393, 1934.
- MORTON C.-B., BURGER R.-E. — *Surgery*, 10 : 891, 1941.
- NICOLL. — *British M. J.*, 1 : 842, 1899.
- NUZZI O. — Surgical therapy of angioplastic angioma of abdominal wall. Histologic study of case. *Arch. Ed. Atti. d. Soc. Ital. di Chir.*, 41 : 730-736, 1935.
- OHKUBO. — Uber multiple kavernöse angiome in darms. *Münch. Med. Wochenschr.*, 4 : 2.189, 1907.
- ORFF. — Uber varicositäten in dünn darms. *Thèse Munich*, 1880.

- PACI. — Singolarissimo caso di occlusione intestinale per tumore polypiforme costituite de un emangiome cavernoso pedunculato. *Lo. Sperimentale Florence*, 49 : 149, 1882.
- PACK G.-T., MILLER T.-R. — Hemangiomas ; Classification, diagnosis and treatment. *Angiologie*, 1 : 405-420, oct. 1950.
- PEYCELON R., LEVRAT M. — Angiomes de l'intestin grêle traités par 2 enterectomies successives. *Soc. de Chir. de Lyon*, séance du 1^{er} avril 1954.
- PEYTON W.-T. — Hemangioma and its treatment. *Minnesota Med.*, 21 : 590-593, 1938.
- PETROSCHESKAJA. — Nævus des dünn darms mit volvulus. *Zentralorgan*, t. 117, 1915.
- PIEROSE P.-N. — Hemangioma of gastrointestinal tract. *J.A.M.A.*, 115 : 209-211, 20 juill. 1940.
- POLAYES S.-H., NEVIUS T.F. — Fatal hemorrhage from angioma-tous polyp of ileum complicating pregnancy. *Am. J. Obst. Gynec.*, 50 : 207-212, août 1945.
- POMERANZ M.-M., TUNICH I.-S. — Visualization and obliteration of hemangioma by radiopaque solution (skioldan, iodine preparation). *Bull. Hosp. Joint. Dis.*, 1 : 26-29, mars 1940.
- RAIFORD T.-S. — Tumors of the small intestine. *Arch. Surg.*, 25 : 122, 1932.
- RANKIN, MAYO. — Carcinoma of the small bowel. *Surg. Gynec. and Obst.*, 939-947, 1930.
- RANKIN, NEWEL. — Benign tumors of the small intestine. *Surg. Gynec. and Obst.*, 57 : 501-507, 1933.
- REICHEL. — *Neue Deutsche Chir.*, t. 7, p. 272, 1929.
- RICKHAM P.-P. — Case of angiomatosis of the small intestine. *Brit. J. Surg.*, 39 : 462-463 (Bristol), 1952.
- RIBBERT. — *Virchows Archiv*, 151 : 381, 1898.
- RICHARDSON J.E., FLATT A.E. — Unusual small intestinal causes of æmia. *Brit. M.J.*, 2 : 4828, p. 311-312, 18 juillet 1953.
- RINECKER. — Varices étendues de l'intestin cause de péritonite. *Zentralblatt für Chirurgie*, n° 44, t. 60, 4 nov. 1933.
- RINTELEN F. — Classification of angioblastic tumors. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.* 94 : 463-470, avr. 1935.
- ROBINSON J.-M., CASTLEMAN B. — Benign metastazising heman-gioma. *Ann. Surg.* 104 : 453-459, sept. 1936.
- ROFFO. — Angiomes multiples gastro intestinaux. *Ann. d. Cir. Med. Argent.*, Buenos-Ayres, t. 29, 1905.
- ROEDELIIUS. — Haemangiom des dünn darms, *Virchows Archiv*, t. 246, p. 226, 1923.

- ROSING, BULL C. — Intestinal Hæmangiomatosis. *Acta Chir. Scand.*, 104 : 2-3, 10 déc. 1952.
- SCHMINCKE. — *München Med. Wehnschr.*, 1924.
- SCHUSTER. — Familial hemoragic telangectasia associated with multiple aneurysm of the splenic artery. *J. Path. and Bact.*, 44 : 29-39, 1937.
- SHAW. — Hemangioma. *Lancet*, t. 1, p. 69, 14 janv. 1928.
- SHENNAN. — Histologically non malignant angioma with numerous metastases. *Journal Path. and Bact.*, vol. 19, p. 139, 1914-1915.
- SHILLITO. — *Pensylvanian Medical transactions*, t. 3, 1919.
- STAEMMLER. — *Neue Deutsche Chir.*, 1924.
- SOMMER. — Phlebectasies multiples, *Thèse*, Zurich. 1896.
- SONNTAG. — L'angiome sanguin et son traitement. *Ergeb. des Chir. und Orthop.*, Vol 8, p. 1, 1914.
- STRATTON V.-C. — Hemangioma of ileum ; review of literature and report of case. *US. Nav. M. Bull.*, 49 : 1151-1154, Nov-Déc. 1949.
- SUSSING. — Invagination from hemartoma in infant. *Beitr. Z. Klin. Chir.*, 130 : 353-363, 1923.
- THERFELDER. — *Arc. Heilk.*, 1873.
- VACHON A., MARION P., MOREL P., DISSARD P. — Hémorragies intestinales récidivantes par varices de l'intestin grêle avec hypotension portale et splénomégalie type Banti. *Arch. des M. de l'App. digestif*, t. 43, 6 : 747-750, 1954.
- J. Kentucky M.A.*, 49 : 158-161, Avr. 1951.
- WEDDLE R.-H. — Hemangioma of ileum with intussusception. *J. Kentucky M.A.*, 49 : 158-161, Avr. 1951.
- WEIL P.-E. — Le sang des angiomateux, *Sang*, t. 1, p. 35, 1927.
- WEIL P.-E., LEVY A., FRANCKEL. — Heredity in hemangiomas, *Sang*, 10 : 661-667, 1936.
- WHITE R.-J. — Hemangioma of terminal ileum with recurrent hemorrhages from rectum. *South. Surgeon*, 10 : 886-890, Déc. 1941.
- WINER L.-H. — Hemangiomas ; classification and treatment. *J. Lancet*, 61 : 168-172, Mai 1941.
- Hemangiomas ; histologic structure and treatment. *California Medecine (San Francisco)*, 77 : 4, p. 242-247, 1953.
- WINTERNITZ, BOGGS. — *Bull. Johns Hopkins Hospital*, t. 21, p. 203-212, 1910.
- WILLIS. — Intussusception resulting from benign tumor of the intestine. *Surg. Gynec. and Obst.* 30 : 603-607, 1921.
-

TABLE

Avant propos	13
Généralités	14
Historique	15
Etiologie	16
Pathogénie	18
Anatomie pathologique	20
Histologie	24
Clinique	26
Diagnostic	30
Traitement	32
Observations	33
Conclusions	53
Bibliographie	55
